

**NASCER PARA CUIDAR: PAPEL DE GÊNERO E SOBRECARGA EMOCIONAL
DE MULHERES CUIDADORAS INFORMAIS**

**BORN TO CARE: GENDER ROLES AND EMOTIONAL OVERLOAD AMONG
INFORMAL FEMALE CAREGIVERS**

**NACER PARA CUIDAR: PAPEL DE GÊNERO Y SOBRECARGA EMOCIONAL
DE LAS MUJERES CUIDADORAS INFORMALES**



10.56238/revgeov17n2-157

Amanda Cavalcanti Pinheiro Barbas

Graduanda de Medicina

Instituição: Universidade Federal de São João del Rei (UFSJ)

Endereço: Minas Gerais, Brasil

E-mail: amandacpbarbas@gmail.com

Bianca Lemos Cobra

Graduanda de Medicina

Instituição: Universidade Federal de São João del Rei (UFSJ)

Endereço: Minas Gerais, Brasil

E-mail: biancalcobra@gmail.com

Laleska Morais Ferreira

Graduanda de Medicina

Instituição: Universidade Federal de São João del Rei (UFSJ)

Endereço: Minas Gerais, Brasil

E-mail: laleskamf2001@hotmail.com

Lorena Lourenço Rosa da Silva

Graduanda de Medicina

Instituição: Universidade Federal de São João del Rei (UFSJ)

Endereço: Minas Gerais, Brasil

E-mail: lorenalrs231@gmail.com

Mateus Henrique Oliveira Souza

Graduando de Medicina

Instituição: Universidade Federal de São João del Rei (UFSJ)

Endereço: Minas Gerais, Brasil

E-mail: mat124578@gmail.com



Melissa Mendes Ferreira

Graduanda de Medicina

Instituição: Universidade Federal de São João del Rei (UFSJ)

Endereço: Minas Gerais, Brasil

E-mail: melissamendesmf19@gmail.com

Santiago de Matos Fernandes Perez

Graduando de Medicina

Instituição: Universidade Federal de São João del Rei (UFSJ)

Endereço: Minas Gerais, Brasil

E-mail: santiagomfperez@gmail.com

Tatiana Maria da Silva

Comunicação Social, Agente Comunitária de Saúde

Instituição: Prefeitura Municipal de São João del Rei, MG

Endereço: Minas Gerais, Brasil

E-mail: tatthymary1905@gmail.com

Rosa Gouvêa de Sousa

Doutora em Psicologia, Docente Médica

Instituição: Universidade Federal de São João del Rei (UFSJ)

Endereço: Minas Gerais, Brasil

E-mail: rosags@ufs.edu.br

RESUMO

Trata-se de um estudo sobre a compreensão acerca do impacto da sobrecarga emocional e psíquica em cuidadoras informais de pacientes domiciliados, tendo por objetivo o aprofundamento de tal compreensão a partir de fatores determinantes como a duração do cuidado, a gravidade da condição patológica do paciente, bem como sua limitação e demanda, o suporte social disponível e as estratégias de enfrentamento utilizadas pelas cuidadoras. Além disso, o estudo busca entender como o gênero atravessa a carga mental de cuidadoras informais, observando esse fenômeno a partir de uma perspectiva social e científica. O desenho metodológico percorreu a análise de conteúdo por narrativas de mulheres cuidadoras de uma comunidade adscrita a uma unidade de saúde, no interior de Minas Gerais. Os achados evidenciaram que o cuidado informal, embora essencial para a manutenção da vida e para a sustentação das redes familiares e comunitárias, permanece estruturado sobre bases profundamente desiguais. As cuidadoras entrevistadas revelaram, em suas narrativas, que a prática cotidiana do cuidado é atravessada por marcadores de gênero, pela solidão e por estratégias simbólicas e espirituais que funcionam tanto como suporte quanto como forma de ressignificar o sofrimento. Diante disso, este estudo reafirma que cuidar é também trabalho, um trabalho que, quando desempenhado de forma solitária e contínua, adocece. É imprescindível que o cuidado seja compreendido como responsabilidade coletiva e que se avance na construção de estratégias que reconheçam, apoiem e protejam as cuidadoras informais.

Palavras-chave: Cuidadora. Saúde. Gênero. Sobrecarga.



ABSTRACT

This is a study on understanding the impact of emotional and psychological overload on informal carers of home-based patients, with the aim of deepening this understanding based on determining factors such as the duration of care, the severity of the patient's pathological condition, as well as their limitations and demands, the social support available and the coping strategies used by carers. In addition, the study seeks to understand how gender affects the mental burden of informal caregivers, observing this phenomenon from a social and scientific perspective. The methodological design involved content analysis of narratives by women caregivers in a community affiliated with a health unit in the interior of Minas Gerais. The findings showed that informal care, although essential for sustaining life and supporting family and community networks, remains structured on profoundly unequal bases. The caregivers interviewed revealed in their narratives that the daily practice of care is marked by gender, loneliness, and symbolic and spiritual strategies that function both as support and as a way of reframing suffering. In view of this, this study reaffirms that caregiving is also work, work that, when performed alone and continuously, causes illness. It is essential that care be understood as a collective responsibility and that progress be made.

Keywords: Caregiver. Health. Gender. Overload.

RESUMEN

Se trata de un estudio sobre la comprensión del impacto de la sobrecarga emocional y psíquica en las cuidadoras informales de pacientes domiciliados, con el objetivo de profundizar en dicha comprensión a partir de factores determinantes como la duración de los cuidados, la gravedad de la condición patológica del paciente, así como sus limitaciones y demandas, el apoyo social disponible y las estrategias de afrontamiento utilizadas por las cuidadoras. Además, el estudio busca comprender cómo el género atraviesa la carga mental de las cuidadoras informales, observando este fenómeno desde una perspectiva social y científica. El diseño metodológico se basó en el análisis de contenido de las narrativas de mujeres cuidadoras de una comunidad adscrita a una unidad de salud, en el interior de Minas Gerais. Los resultados evidenciaron que el cuidado informal, aunque esencial para el mantenimiento de la vida y el sostenimiento de las redes familiares y comunitarias, sigue estando estructurado sobre bases profundamente desiguales. Las cuidadoras entrevistadas revelaron en sus narrativas que la práctica cotidiana del cuidado está atravesada por marcadores de género, soledad y estrategias simbólicas y espirituales que funcionan tanto como apoyo como forma de resignificar el sufrimiento. Ante esto, este estudio reafirma que cuidar también es trabajo, un trabajo que, cuando se realiza de forma solitaria y continua, enferma. Es imprescindible que el cuidado se entienda como una responsabilidad colectiva y que se avance

Palabras clave: Cuidadora. Salud. Género. Sobrecarga.



1 INTRODUÇÃO

O dinâmico processo de adoecimento é inerente à condição humana e torna imprescindível a construção de uma rede de apoio e cuidado em torno do indivíduo adoecido, uma vez que ele próprio torna-se limitado para o desempenho das atividades basilares do cotidiano. Nesse sentido, urge a figura do cuidador, que, em muitos contextos, constitui-se como uma figura feminina do conjunto familiar ou da comunidade (Conceição et al., 2021), especialmente no Brasil, cujos dados apontam a existência de aproximadamente 47,5 milhões de pessoas envolvidas em cuidados, sendo que 78% dessas são mulheres (Instituto de Pesquisas Aplicada, 2024).

Desse modo, define-se por cuidador informal aquele que presta cuidados, mas que não recebe qualquer remuneração ou firma qualquer tipo de contrato para o fim de cuidar (Barbosa et al., 2009). Tais pessoas normalmente possuem algum vínculo afetivo com o doente, sendo em geral amigos, familiares ou vizinhos, e são responsáveis por mediar o bem-estar físico, afetivo, social, psicológico e espiritual de quem recebe os cuidados (Sales et al., 2022).

Dentro desse contexto, o direito ao cuidado tem sido amplamente reconhecido e incorporado como um dos pilares da cidadania social, junto com a previdência social, saúde e educação (Brasil, 2022). Entretanto, qual o olhar destinado às cuidadoras? Existem diversos estudos sobre os pacientes adoecidos, mas pouco se fala sobre o cuidador. Assim, entendendo o cuidado como um direito fundamental, espera-se que ele seja estendido a quem cuida também, e não apenas para quem é cuidado. Diante dessa perspectiva, o suporte informal de cuidado pode ocasionar desgaste físico e emocional, ansiedade e sobrecarga nas cuidadoras, uma vez que elas não recebem o preparo adequado para atender às complexas demandas que envolvem o cuidado (Diniz et al., 2018; Fernandes et al., 2013).

Dessa forma, quando se fala a respeito de sobrecarga, deve-se considerar duas dimensões: a objetiva e a subjetiva. A primeira refere-se às consequências negativas e resultantes do papel de cuidador, incluindo a frequência de tarefas cotidianas, a supervisão de comportamentos problemáticos, as interrupções na vida social e profissional dos cuidadores e as perdas financeiras. A segunda dialoga com as emoções e as percepções do cuidador quanto à própria função, incluindo sentimentos incômodos e os impactos decorrentes das mudanças que ocorrem em sua vida social e profissional, bem como engloba as preocupações com o paciente (Batista; Bandeira; Oliveira, 2015).

Dada a complexidade da prática do cuidado, o cuidador familiar também deve ser alvo de atenção, visto que o exercício, a longo prazo, pode trazer sobrecarga física, psicológica, material e social, limitando a autodeterminação e a liberdade dos cuidadores de "ser", "estar" e "participar" na comunidade. Diante disso, é crucial identificar as necessidades das cuidadoras nos âmbitos psicológico, financeiro e social, bem como reconhecer os recursos da comunidade, nível de escolaridade da cuidadora, apoio à cuidadora, ou cuidados temporários, e promover ações para garantir



a sustentabilidade do cuidado. Quando a perspectiva é voltada para o gênero, as mulheres são a maioria na prestação de cuidados, refletindo uma configuração de gênero associada a essa prática, a qual é socialmente construída como uma tarefa feminina. Assim, é urgente que a discussão de gênero seja considerada ao abordar as demandas dos cuidadores, a fim de reconhecer as assimetrias sociais e romper com práticas estigmatizantes.

Desta forma, os objetivos deste estudo perpassaram a compreensão sobre o impacto da sobrecarga emocional e psíquica em cuidadoras informais de pacientes domiciliados, aprofundando tal compreensão a partir de fatores determinantes como a duração do cuidado, a gravidade da condição patológica do paciente, bem como sua limitação e demanda, o suporte social disponível e as estratégias de enfrentamento utilizadas pelas cuidadoras. Além disso, este estudo buscou entender como o gênero atravessa a carga mental de cuidadoras informais, observando esse fenômeno a partir de uma perspectiva social e científica.

2 METODOLOGIA

Este estudo abordou, a partir de uma pesquisa qualitativa e transversal, a compreensão do impacto da sobrecarga emocional e psíquica em cuidadoras informais de pacientes domiciliados no município de São João del Rei - Minas Gerais. Dispõe-se, então, de uma entrevista individual de caráter aberto com a pergunta disparadora “Como a sra. se sente em relação ao papel de cuidador?”. A partir dela, o entrevistador responsável conduzirá com outras perguntas para que se entenda o contexto e o estado da psique da entrevistada. O grupo de pesquisa é composto por sete discentes, cujas informações foram retiradas para assegurar a avaliação entre pares. Esse grupo foi dividido em áreas de pesquisa, sendo as entrevistas feitas em duplas. Foram feitas oito entrevistas, e as entrevistadas foram selecionadas por serem cuidadoras informais, do gênero feminino, que eram parentes ou que tinham algum grau de proximidade com o paciente, sendo estes domiciliados, acamados ou não, que demandavam cuidados e que tenham a maior parte de suas atividades restritas à casa. Foram excluídas aquelas que recebam pagamento pelo cuidado e pessoas do gênero masculino. A seleção das participantes foi realizada através de pessoas adscritas à Estratégia de Saúde da Família (ESF) do tipo 2 da cidade de São João Del-Rei, indicadas pelas agentes comunitárias de saúde do locus São Geraldo, região sugerida por conta das demandas necessárias para a pesquisa vigente.

A unidade de estratégia de saúde da família (ESF) escolhida como território para a construção das narrativas, segue como posto de saúde desde a década de 2010 (nome oculto para assegurar sigilo). Dentro da equipe de profissionais que atuam na unidade, inseridos no Programa de Agentes Comunitárias (PAC), há a presença de doze agentes, divididos entre as duas equipes que constituem a ESF (Brasil, 2025). A autora deste artigo participa em uma das equipes e é responsável por uma microárea mais distante do posto e com condições socioeconômicas de alta vulnerabilidade (Brasil,



2024).

Sua atuação de longa data como agente de saúde se encontra com sua própria história na comunidade, pois a autora mora no bairro há muito tempo, desde sua infância (o nome da região foi ocultado para garantir a anonimidade de todas as envolvidas). A agente comunitária lidera o cuidado coordenado em saúde em sua microárea, entrelaçando seu conhecimento comunitário territorial com o cuidado individualizado das pessoas, levando em consideração a história de todos os envolvidos, do próprio território e da própria comunidade.

No que tange à comunidade, para a melhor compreensão deste estudo, destaca-se que o início territorial se deu como “local de moradia de algumas famílias, que foram crescendo e ficando no mesmo território, contribuindo para uma relação comunitária constituída por relações familiares” (relato da autora, 2025). A comunidade se conhece e se apoia, construindo redes de suporte promotoras de diálogo e de troca, que possibilitam o conhecimento sobre demandas e com isso a produção de ações que atuam em prol do cuidado à saúde das famílias.

A força comunitária fundamenta-se nas mulheres, exemplificada na presença das cuidadoras aqui em destaque, bem como em festas religiosas e culturais quando as lideranças são elas, como as festividades do Congado, para Nossa Senhora do Rosário e para São Dimas (relato da autora, 2025). A cidade, onde fica esta comunidade, se encontra em área rural do Estado de Minas Gerais, na região sudoeste, sendo pólo de saúde da região. Ela possui aproximadamente 90 mil habitantes e possui rede SUS municipal e regional.

Os dados foram filtrados para identificar os pares cuidadora-paciente que atendam aos critérios de inclusão e exclusão da pesquisa. A seleção e as entrevistas foram feitas no primeiro semestre de 2025, dos meses de março a junho, somente após aprovação pelo comitê de ética, CAAE (85787524.5.0000.5151). Após aprovação do Comitê de Ética, foi realizado o contato com as pessoas indicadas e explicado a elas o caráter da pesquisa, o contexto da investigação e sobre os procedimentos da entrevista narrativa, para que a pessoa indicada escolhesse se aceita ou não ser entrevistada e participar do estudo.

A abordagem incluiu uma etapa inicial dedicada à criação de vínculo entre os entrevistadores e as cuidadoras informais participantes. Essa etapa, com duração aproximada de 20 minutos, foi conduzida antes do início formal da entrevista e não foi gravada, visando proporcionar um ambiente acolhedor e de confiança. Durante esse momento, os entrevistadores se apresentaram, explicando suas funções no projeto e os objetivos gerais da pesquisa. Em seguida, foi dada à cuidadora a oportunidade de falar sobre si mesma, seus desafios e motivações, promovendo um espaço de diálogo inicial.

Além disso, a conversa buscou compreender melhor o contexto do cuidado prestado pela participante. Nesse momento, foi encorajado o relato espontâneo sobre as percepções dela em relação ao papel de cuidadora, incluindo como ela define e interpreta suas responsabilidades e o impacto desse



papel em sua vida. Essa etapa também foi utilizada para introduzir, de maneira breve, os principais temas que foram abordados na entrevista formal subsequente. Como forma de ampliar o conhecimento e a conscientização, ao término de cada entrevista foi entregue uma cartilha com pontos relevantes do Estatuto do Cuidador Informal (Lei n.º 100/2019, de 6 de setembro), destacando informações sobre os direitos garantidos e as responsabilidades atribuídas às cuidadoras. As entrevistas foram de caráter confidencial e anônimas sob os parâmetros do conselho de ética. As gravações posteriormente foram transcritas, e os nomes coletados foram modificados para nomes fictícios, preservando, assim, a privacidade do entrevistado e reforçando o sigilo e o cuidado com o material recolhido.

Tabela 1: Questões da entrevista

| Questão | |
|----------------|--|
| 1. | Como a sra. se sente em relação ao papel de cuidadora? |
| 2. | Como esse sentimento impacta a sua vida? |
| 3. | O que significa cuidar para você? |
| 4. | Desde que começou a cuidar do paciente, como está a sua saúde mental? |
| 5. | Tomar conta do paciente exige o que da senhora? |
| 6. | Tem mais alguma coisa que você queira falar sobre isso? |

Fonte: Arquivo próprio.

Tabela 2: Fases da Entrevista Narrativa

| Fases da entrevista narrativa | Regras para a entrevista |
|--------------------------------------|--|
| Preparação | Exploração do campo Formatação de questões |
| Iniciação | Formulação do tópico inicial para narração Emprego de auxílios visuais |
| Narração Central | Não interromper Somente encorajamento não verbal ou paralinguístico para continuar a Narração Esperar para sinais de finalização |
| Fases das Perguntas | Somente "Que acontece então" Não dar opiniões ou fazer perguntas sobre atitudes Não discutir sobre contradições Não fazer perguntas do tipo "por quê?" Ir de perguntas exmanentes para imanentes |
| Fala Conclusiva | Parar de gravar São permitidas perguntas do tipo "por quê"? Fazer anotações imediatamente depois da entrevista |

Fonte: Jovchelovich e Bauer (2002)



2.1 A ANÁLISE DAS NARRATIVAS

O método adotado para a análise das entrevistas narrativas consistiu, inicialmente, em transcrição do material e, em seguida, na divisão do trabalho em duas partes. A primeira contém o conteúdo racional, concreto e científico, com a descrição, de maneira objetiva, das ações e funções individuais. A segunda parte engloba informações que transcendem os fatos narrados, incluindo valores, ideias e percepções pessoais, ligados à sabedoria e à subjetividade dos participantes. Na etapa seguinte, os acontecimentos foram organizados cronologicamente para cada entrevistada, possibilitando a avaliação de suas respectivas trajetórias individuais. Em seguida, as trajetórias das cuidadoras foram estudadas e comparadas, permitindo a identificação de semelhanças entre os relatos, permitindo, finalmente, a formação de trajetórias coletivas com o compartilhamento de características comuns inerentes ao contexto dessas mulheres.

Para analisar o estado mental das cuidadoras informais, o material foi progressivamente condensado, utilizando técnicas de redução e generalização. Esse processo foi dividido em três etapas: a transcrição completa das narrativas; uma primeira redução, na qual os trechos de maior destaque foram resumidos; a terceira etapa, com a definição de palavras-chave que capturassem os conceitos centrais abordados nos trechos destacados. A partir disso, categorias iniciais foram criadas para cada narrativa e, posteriormente, organizadas em um sistema comum, aplicável a todas as entrevistas, permitindo uma interpretação final que considerasse tanto os aspectos relevantes para as cuidadoras quanto para os pesquisadores.

A fim de aprofundar a análise, foi utilizada a pergunta proposta por Erving Goffman: "O que está acontecendo aqui e agora?". Essa questão ajuda a identificar indicadores contextuais e temporais, possibilitando uma melhor compreensão do ambiente e das dinâmicas emocionais das cuidadoras. Os "enquadres" e "pistas de contextualização" são fundamentais nesse processo, auxiliando na estruturação do entendimento da situação. Os quadros refletem como o contexto deve ser interpretado, enquanto as pistas remetem tanto ao contexto local quanto ao contexto amplo, de caráter institucional, cultural e social.

Para criar e organizar as categorias, foram utilizados tanto métodos de codificação baseados em dados quanto guiados por conceitos. A literatura acerca do estado mental de cuidadores informais e o foco da pesquisa permitiram a definição de algumas categorias preliminares. No entanto, o material obtido em campo permitiu a construção de novas categorias, adaptadas às experiências específicas das cuidadoras. O objetivo foi extrair dos dados seu significado real, evitando interpretações fundamentadas em teorias preexistentes.

Por fim, foi essencial explorar tanto os "ditos" quanto os "não ditos" nas narrativas das cuidadoras, favorecendo uma análise contextualizada. Isso permitiu captar significados implícitos em suas falas, bem como identificar como o contexto individual influencia suas expressões. Com essa



abordagem, foi possível realizar uma análise mais profunda e precisa dos desafios psicológicos enfrentados pelas cuidadoras, considerando tanto suas declarações explícitas quanto os aspectos emocionais não verbalizados diretamente.

3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Para a análise do conteúdo coletado, todos os pesquisadores realizaram a leitura integral das entrevistas, identificando trechos significativos relacionados à experiência do cuidado. Esses excertos foram organizados inicialmente em categorias preliminares - apoio familiar, sobrecarga mental, sobrecarga física, enfrentamento e cuidado informal -, que permitiram captar diferentes dimensões do cotidiano das cuidadoras. A etapa seguinte envolveu o agrupamento e a comparação sistemática desses conteúdos, possibilitando a emergência de eixos interpretativos mais abrangentes. Desse processo, derivaram três núcleos analíticos centrais: gênero, entendido como a estrutura simbólica e material que molda expectativas, desigualdades e a naturalização do cuidado como tarefa feminina; solidão, compreendida como a vivência de isolamento afetivo e prático, além do silenciamento, que permeia o cuidar prolongado; e religiosidade, definida como o conjunto de práticas, crenças e sentidos espirituais acionados para suportar, justificar ou ressignificar o fardo cotidiano do cuidado. Esses eixos funcionaram como lentes para compreender o modo no qual as mulheres elaboram sua experiência e atribuem significado à sobrecarga emocional e psíquica no contexto do cuidado informal.

3.1 PAPEL PATRIARCAL DA MULHER, DIVISÃO DO TRABALHO E O FARDO ASSOCIADO AO CUIDADO

O papel social da mulher foi historicamente construído por meio de dimensões culturais, sociais e econômicas que, ao longo dos séculos, atribuíram ao feminino a responsabilidade pelos trabalhos domésticos e de cuidado. Federici (2019) destaca que há uma combinação particular de serviços físicos, emocionais e sexuais que compõem a figura da “dona de casa”, personagem fundamental cujo trabalho permanece invisibilizado. Essa naturalização do cuidado como prática feminina torna-se evidente nas narrativas das entrevistadas, como quando Orquídea afirma: “*Tenho que ficar por conta dela*” e “*No mais é eu mesmo*”, revelando como essa responsabilidade é interpretada como obrigação individual e inevitável.

Nesse sentido, a romantização do amor e sua vinculação ao casamento funcionam como mecanismos de legitimação dessa desigualdade. Conforme discute Federici (2019), a ideia de amor opera a fim de mascarar a exploração do trabalho feminino no espaço doméstico, sustentando a crença de que cuidar é expressão natural de afeto. Tal dinâmica aparece quando Bárbara relata: “*Eu não gosto de teimar muito. Faço o que ele fala*”, revelando a manutenção de relações que reforçam a submissão feminina. Jasmin também evidencia esse processo ao comentar: “*Eles não importam como*



tá o meu casamento”, indicando a desconsideração social pelos impactos emocionais e conjugais da sobrecarga.

Essas experiências individuais se inserem em uma organização definida por Walby (1990) como patriarcal, na qual a subordinação das mulheres é estruturada em diferentes esferas da vida. No Brasil, essa herança é marcada por um passado colonial que consolidou a família patriarcal como modelo dominante de organização social (Narvaz; Koller, 2006). As consequências dessa configuração emergem quando Rosa afirma: *“O resto é só nós aqui, né?”* e *“Antes era eu, só eu, só eu, só eu”*, apontando a centralidade do cuidado nas mãos das mulheres e a ausência de apoio dos demais membros da família.

Dessa maneira, a divisão sexual do trabalho, conforme sistematizada por Kergoat (2003), sustenta-se em dois princípios: a separação entre trabalhos “de homens” e “de mulheres” e a hierarquização que desvaloriza tudo aquilo que é designado ao feminino. Essa estrutura permanece evidente nos relatos das entrevistadas. Orquídea destaca: *“Nós somos em 8, mas as mulheres que ficou com a maior sobrecarga, nós somos 4. Os homens não...”*, explicitando como a sobrecarga recai exclusivamente sobre elas. Ao mesmo tempo, Jasmin revela o abandono paterno na maternidade ao relatar: *“Era muita responsabilidade, não era isso que ele queria”*, demonstrando como a paternidade ainda é socialmente tratada como opcional, enquanto a maternidade é compulsória.

Sob essa ótica, o cuidado ultrapassa a conjugalidade e se distribui entre mães, filhas, irmãs e avós, consolidando uma rede feminina de sustentação (Gonçalves; Sena, 2001; Rosa, 2003; Pegoraro; Caldana, 2006). Isso aparece nas falas de Orquídea: *“As minhas irmãs que vêm à tarde, então minhas irmãs ficam mais na parte do banho”*, de Azaleia: *“Minhas meninas me ajudam”* e de Rosa: *“Aí a gente arrumou uma menina, pelo menos para menina ficar aqui para me ajudar”*. Em contrapartida, a ausência masculina é uma constante: *“Ninguém nunca pode ficar”*, *“Não tem ninguém, só tem eu, entendeu?”* e *“Ninguém ajuda não”*, relatam Orquídea e Jasmin, evidenciando a persistência dessa divisão desigual.

Evidencia-se também que a sobrecarga resultante dessa estrutura produz impactos significativos. As teorias de Fonseca (2000), Saffioti (1979) descrevem como a expropriação do tempo, do corpo e da energia das mulheres constitui pilar fundamental da desigualdade de gênero. Pegoraro (2006) destaca que essa sobrecarga contribui para o adoecimento psicológico, com quadros de ansiedade, depressão e estresse crônico. As entrevistadas reforçam essa dimensão: Rosa relata que *“Só a gente, só a gente, a gente fica desesperada mesmo”*, enquanto Jasmin sintetiza a desigualdade ao afirmar: *“Com a sobrecarga só pra um só”* e *“As pessoas fecham os olhos pra isso”*. Essas falas evidenciam não apenas o esgotamento emocional, mas também a invisibilidade social do trabalho que realizam.



Outro aspecto central é a limitação da autonomia feminina. Orquídea relata: *“Meu marido saiu quatro vezes, e eu não posso sair daqui”*, demonstrando como o cuidado restringe sua liberdade enquanto a mobilidade masculina permanece inalterada. Mesmo quando há alguma participação masculina, ela é pontual e percebida como favor, como quando afirma: *“Tem o meu marido também, às vezes ele lava uma louça pra mim”*. Esse tipo de colaboração reforça, em vez de romper, a lógica da divisão desigual.

Também é possível identificar a construção de vínculos de co-dependência, conforme discutido por Gonçalves (1999). Jasmin expressa essa dinâmica ao dizer: *“Eu prefiro assim, me privar das coisas, do que deixar ela sozinha”*. Em outro momento, ela reforça o sentimento de inevitabilidade do cuidado: *“Se eu não ajudar ela, quem vai ajudar?”* e *“Se eu não ajudar ela... ninguém vai dar”*. Em contraste, algumas experiências são atravessadas pelo sentimento de retribuição afetiva, como relata Peônia: *“Para a gente cuidar dela, é uma satisfação. Porque ela já cuidou da gente quando a gente era criança, né?”*, demonstrando que o cuidado pode ser vivido também como extensão do vínculo familiar.

Logo, a articulação entre responsabilidade prolongada, isolamento e carga emocional intensa demonstra que o cuidado informal, quando concentrado de maneira desigual, produz efeitos profundos na vida das mulheres, comprometendo sua autonomia, seu bem-estar e sua capacidade de inserção em outras esferas sociais e profissionais. Assim, nas sociedades patriarcais, nascer mulher é, simbolicamente, nascer destinada a oferecer o cuidado indispensável à vida, embora tal cuidado permaneça sistematicamente invisibilizado e desvalorizado.

3.2 SILENCIAMENTO DO SOFRIMENTO FEMININO E A SOLIDÃO DA MULHER NA SOCIEDADE

Os depoimentos das cuidadoras evidenciam um padrão de silenciamento do sofrimento, que permeia suas experiências físicas e emocionais. Tal silenciamento, longe de ser apenas uma perspectiva individual, constitui-se como um fenômeno social e histórico enraizado nas estruturas patriarcais que moldam o trabalho de cuidado no âmbito doméstico (Federici, 2019). O sofrimento que emerge dessa função cotidiana e contínua tende a ser minimizado, interpretado como inevitável e, muitas vezes, visto como intrínseco ao papel feminino (Lugones, 2019).

O silenciamento ocorre porque o cuidado é socialmente construído como extensão da identidade da mulher. A ideia de que a capacidade de cuidar deriva de características consideradas “naturais” ou “biológicas” sustenta a divisão sexual do trabalho e reforça a associação entre feminilidade, abnegação e sacrifício (Lugones, 2019). Nesse contexto, manifesta-se um mecanismo de subordinação simbólica que transforma o desgaste físico e emocional das cuidadoras em algo moralmente aceitável e esperado, e, portanto, pouco questionado. A dedicação ao cuidado passa a ser



percebida como dever moral, o que dificulta a expressão de fragilidade, cansaço ou sofrimento, frequentemente interpretados como falhas pessoais ou falta de compromisso (Pereira, 2003; Pegoraro e Caldana, 2006). Bernardo (2021) destaca que esse processo funciona como um mecanismo de subordinação simbólica e de silenciamento, fundamental para sustentar relações coloniais e patriarcais que hierarquizam papéis de gênero, e legitimam, dessa forma, a exploração do corpo e do trabalho feminino como algo “moral” ou “esperado”.

Dessa forma, o cuidado informal, exercido predominantemente no espaço doméstico, opera distante da esfera pública, o que contribui para sua invisibilização (Federici, 2019). Apesar de envolver atividades complexas, sejam elas físicas, cognitivas ou emocionais, continua sendo socialmente reconhecido como uma tarefa privada e afetiva, e não como trabalho. Como Jasmin disse no trecho “*As pessoas fecham os olhos para isso*”, traduzindo que a desvalorização reforça a ideia de que o sofrimento dessas mulheres não é digno de atenção, suporte institucional ou políticas específicas. Por consequência, as cuidadoras internalizam a necessidade de se manterem fortes, resilientes e emocionalmente estáveis, mesmo diante de sobrecarga. Esse cenário também decorre de estruturas sociais marcadas por hierarquias de gênero e por padrões históricos que legitimam a distribuição desigual do trabalho (Lugones, 2019). A expectativa de que as mulheres assumam sozinhas a responsabilidade pelo cuidado mantém a lógica na qual sua dor deve permanecer invisível para que a organização social continue operando sem rupturas.

O silenciamento funciona, portanto, como um dispositivo de controle social, que impede a problematização das condições em que o cuidado é exercido, bem como interdita a possibilidade de reivindicação por apoio, redistribuição de tarefas ou reconhecimento público. Nessas circunstâncias, o sofrimento deixa de ser visto como consequência de um sistema desigual, sendo então interpretado como característica individual, o que impede a construção de respostas sociais e institucionais adequadas.

Com isso, a solidão vivida pela cuidadora informal é uma experiência densa e atravessada por camadas emocionais, sociais e simbólicas muito além do simples “estar sozinha”. De acordo com Dornelas (2007), essa solidão não nasce apenas da rotina exaustiva do cuidado, mas da forma como a sociedade inscreve no corpo e na subjetividade das mulheres a expectativa do sacrifício silencioso. Trata-se de uma solidão tecida no cotidiano por quem dedica tempo, atenção e afeto ao outro, frequentemente à custa da própria existência. Como expressa Orquídea: “*Meu marido saiu quatro vezes, e eu não posso sair daqui*”, revelando o confinamento simbólico e material que estrutura essa experiência.

Ao assumir o cuidado de um familiar dependente, muitas mulheres relatam um afastamento progressivo de suas vidas profissionais, vínculos sociais e até de sua própria identidade. Observamos isso quando Jasmin afirma: “*Todos têm vida. Menos eu*”. Esse movimento ecoa aquilo que Dornelas



descreve como um apagamento simbólico da mulher. Elas se tornam “presenças invisíveis”, sempre disponíveis, mas pouco percebidas; sustentam o cotidiano dos outros, mas têm suas próprias necessidades desconsideradas. Assim, a solidão que vivenciam não se limita à falta de companhia, mas à ausência de reciprocidade, pois cuidam, mas não são cuidadas, assim como falam, mas não são escutadas.

Esse cenário é aprofundado por uma estrutura social que, como aponta Dornelas (2007), romantiza o sofrimento e a abnegação feminina, naturalizando tanto o isolamento quanto a sobrecarga emocional. O cuidado, quando visto como destino e não como trabalho, retira das cuidadoras o direito ao descanso, ao reconhecimento e ao próprio desejo. Bárbara, por exemplo, sintetiza essa invisibilidade ao narrar: “*Fui procurar, não tinha ninguém pra ir buscar o sal*”, evidenciando o quanto tarefas básicas tornam-se responsabilidades solitárias. Romper esse ciclo exige redes de apoio, políticas públicas e uma transformação cultural que devolva às mulheres o direito de existir para além da função de cuidar. A solidão dessas cuidadoras, portanto, não é falha pessoal, mas expressão de uma desigualdade estrutural que limita suas possibilidades de compartilhar o peso e o sentido do cuidado.

Essa perspectiva também se entrelaça diretamente com dois elementos centrais que emergiram nas narrativas: o medo da mulher cuidada e o reconhecimento social de quem deve cuidar. Algumas cuidadoras expuseram que a pessoa dependente temia ser abandonada ou ficar sozinha, como relatado por Jasmin: “*Se... se eu não ajudar, se eu não... dar uma força pra ela... ninguém vai dar*”. Esse medo intensifica a pressão sobre as cuidadoras e reforça a expectativa de presença constante, expectativa profundamente atravessada pelo gênero. Assim como discute Dornelas (2007), esse medo revela a complexidade das relações de dependência emocional que recaem sobre as mulheres, que acabam responsáveis não apenas pelo cuidado físico, mas também pela segurança afetiva do familiar.

Simultaneamente, o entendimento de “quem deve cuidar” aparece marcado por discursos familiares que designam às mulheres esse papel naturalizado, tal qual uma extensão inevitável de sua identidade, o que Jasmin expressa de forma contundente ao dizer: “*Se eu não ajudar ela, quem vai ajudar?*”. Essa combinação entre o medo do cuidado e a naturalização do destino feminino aprofunda a solidão apontada por Dornelas: uma solidão que não nasce da ausência, mas da presença obrigatória, isto é, uma solidão produzida por vínculos que pedem demais e por estruturas que devolvem de menos.

3.3 GRATIDÃO E DEVER ASSOCIADOS À IDEIA DE PROVISÃO DIVINA

A religiosidade se configura como um eixo interpretativo fundamental para compreender como as cuidadoras informais significam, suportam e reelaboram a sobrecarga emocional associada ao cuidado. Os conteúdos coletados pelas entrevistas dialogam de forma consistente com a literatura contemporânea sobre enfrentamento religioso, marianismo e gratidão.



A presença de um forte sentimento de provisão divina, que é exemplificado nas falas de Bárbara “*tudo que eu vou fazer, tá tudo certinho. Graças a Deus, entendeu?*”, “*Hoje o arroz caiu no chão... tomara que Deus tenha mais pra me dar*” e de Azaléia “*enquanto Deus me dê a saúde, força aí, pra caminhar e eu estou aí ajudando ela*”, alinha-se ao conceito de controle divino percebido. Segundo DeAngelis & Ellison (2017), quando indivíduos acreditam que Deus está diretamente envolvido nos eventos cotidianos, tendem a reinterpretar estressores de forma mais positiva, entendendo-os como parte de um plano maior. Esse mecanismo é observado entre as entrevistadas, que transformam experiências desgastantes em expressões de fé, reforçando sua capacidade de suportar o cuidado.

A articulação entre missão, fardo e auto-sacrifício dialoga diretamente com os elementos centrais do marianismo, conforme desenvolvido por Mendez-Luck & Anthony (2015). A fala de Jasmim: “*A cruz dEle foi pesada, Ele deu conta, por que que eu não vou dar?*”, exemplifica o alinhamento simbólico entre sofrimento, devoção e moralidade feminina, elementos clássicos do ideal da “mãe abnegada”. A ideia de que o cuidado é uma responsabilidade sagrada, como explicitado por Jasmin “*tá na mão de Deus, Ele me deu essa missão*”, reforça a noção de que cuidar não é apenas uma obrigação social, mas uma expressão espiritual de submissão, entrega e dever moral, características fundamentais da construção de gênero analisada pelas autoras.

Nesse sentido, o marianismo também opera como uma matriz cultural que organiza não apenas comportamentos, mas sobretudo experiências emocionais e espirituais associadas ao ato de cuidar. De acordo com Mendez-Luck e Anthony (2016), esse ideal normativo constrói a figura feminina como naturalmente destinada ao sacrifício, à renúncia e à devoção, estabelecendo que o valor moral da mulher está profundamente ligado à sua capacidade de “sofrer por amor” e de colocar as necessidades do outro acima das suas. Esse modelo não atua apenas como referência abstrata, como é vivido de forma concreta nas narrativas das cuidadoras, que frequentemente traduzem o cuidado como missão divina, gesto de amor e expressão de obediência religiosa. A fala de Bárbara “*Cuidar, cuidar eu sinto sim que eu gosto dele, que eu to ajudando a pessoa que eu gosto. E... por amor a Deus também*” sintetiza o entrelaçamento entre afeto, devoção e responsabilidade moral. Ao afirmar que cuida “por amor a Deus”, Bárbara mobiliza exatamente o padrão descrito, no qual o cuidado se torna um espaço de realização espiritual e afirmação identitária. Assim, o marianismo não apenas legitima o auto-sacrifício, mas também oferece uma moldura interpretativa que permite que o desgaste seja ressignificado como virtude, reforçando o sentido de propósito e a convicção de que o sofrimento associado ao cuidado tem valor moral e religioso.

Além disso, muitos relatos expressam o cuidado como uma forma de retribuição afetiva, como coloca Peônia: “*ela já cuidou da gente quando era criança*”. Essa lógica relacional ecoa os achados de Mendez-Luck & Anthony, que mostram que cuidadoras frequentemente interpretam seu papel



como retorno do cuidado recebido, reforçando laços familiares e legitimando o auto-sacrifício como gesto de amor e compromisso.

No plano psicossocial, o envolvimento religioso funciona como fator protetor, consistente com o que Koenig et al. (2016) identificam: crenças e práticas religiosas podem reduzir sintomas depressivos, facilitar adaptação ao papel de cuidadora e oferecer mecanismos cognitivos que produzam sentido às tarefas diárias. As falas das participantes, especialmente os agradecimentos constantes, (“*Eu agradeço muito a Deus*”), e a percepção de apoio espiritual, reforçam que a fé não só fornece amparo emocional, mas organiza a narrativa de enfrentamento.

Um dado particularmente relevante é a presença da gratidão como atitude central, que não apenas suaviza a experiência da sobrecarga, mas também produz sensação de propósito. A fala de Jasmim “*Então assim, eu agradeço muito a Deus*” evidencia como a gratidão funciona como recurso de ressignificação, permitindo que cuidadoras interpretem o cotidiano para além das dificuldades imediatas. Esse achado dialoga diretamente com McGee et al. (2024), que demonstram que níveis mais altos de gratidão em cuidadoras estão associados a maior sentido de vida, mesmo diante de altos estressores.

Assim, o núcleo da religiosidade observado nas participantes do estudo funciona simultaneamente como estrutura cultural, sistema emocional de enfrentamento e mecanismo moral de legitimação do cuidado. É nesse triplo movimento espiritual, psicológico e sociocultural que a fé se transforma em recurso prático, sustentando tanto o “fardo” quanto a “missão”, permitindo que as cuidadoras continuem exercendo suas funções, muitas vezes com menos sofrimento subjetivo e maior sensação de propósito.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os achados deste estudo evidenciam que o cuidado informal, embora essencial para a manutenção da vida e para a sustentação das redes familiares e comunitárias, permanece estruturado sobre bases profundamente desiguais. As cuidadoras entrevistadas revelam, em suas narrativas, que a prática cotidiana do cuidado é atravessada por marcadores de gênero, pela solidão e por estratégias simbólicas e espirituais que funcionam tanto como suporte quanto como forma de ressignificar o sofrimento. Longe de constituir apenas um conjunto de tarefas práticas, o cuidado emerge como experiência emocionalmente densa, marcada pela responsabilização individual, pela invisibilidade social e por uma sobrecarga que se desdobra em níveis físico, psíquico e material.

A partir das dimensões analíticas de gênero, solidão e religiosidade, foi possível compreender como essas mulheres elaboram sentidos para sua atuação e como internalizam expectativas sociais que naturalizam sua posição de cuidadoras. As falas revelam uma constante tensão entre o desejo de corresponder às demandas familiares e a necessidade de preservar sua autonomia, frequentemente



restringida pela divisão sexual do trabalho e pela ausência de apoio efetivo. A solidão, não apenas como ausência física de outros, mas como silenciamento estrutural, constitui elemento central dessa vivência, e contribui para a intensificação da carga mental, reforçando sentimentos de exaustão e impotência.

Ao mesmo tempo, a religiosidade aparece como eixo de sustentação emocional, oferecendo conforto, sentido e um horizonte simbólico que permite suportar a dureza do cotidiano. Contudo, ainda que a fé represente um recurso importante, ela não substitui a urgência de políticas públicas específicas, de redes de apoio estruturadas e de processos comunitários que redistribuam o cuidado e reconheçam seu valor social.

Diante disso, este estudo reafirma que cuidar é também trabalho, um trabalho que, quando desempenhado de forma solitária e contínua, adocece. É imprescindível que o cuidado seja compreendido como responsabilidade coletiva e que se avance na construção de estratégias que reconheçam, apoiem e protejam as cuidadoras informais. Isso inclui tanto o fortalecimento de políticas de assistência e suporte quanto a transformação das bases culturais que sustentam a naturalização do cuidado como destino feminino. Reconhecer o cuidado como direito é reconhecer, igualmente, o direito de quem cuida de ser cuidado. E é apenas nesse movimento ético, político e social, que será possível garantir a sustentabilidade das práticas de cuidado no contexto domiciliar e promover justiça e dignidade às mulheres que carregam, há séculos, a centralidade desse trabalho invisível.



REFERÊNCIAS

BATISTA, Cynthia F; BANDEIRA, Marina; OLIVEIRA, Daniela R. Fatores associados à sobrecarga subjetiva de homens e mulheres cuidadores de pacientes psiquiátricos. **Ciência & saúde coletiva**, v. 20, n. 9, p. 2857–2866, 2015.

BERNARDO, Mariana. A. T. Mulheres, cuidado informal e a ideologia da invisibilização: quem se importa? *Cadernos de Agroecologia*, Santa Maria, v. 16, n. 1, 2021.

CONCEIÇÃO, Haylane N. et al. (2021). Perfil e sobrecarga dos cuidadores informais de idosos dependentes. **Research, Society and Development**. 10. e47210616061. 10.33448/rsd-v10i6.16061.. Acesso em: 3 out. 2024.

DEANGELIS, Reed T.; ELLISON, Christopher G.. Kept in His Care: The Role of Perceived Divine Control in Positive Reappraisal Coping. **Religions**, v. 8, n. 8, p. 133, 2017. Disponível em: <<https://www.mdpi.com/2077-1444/8/8/133>>. Acesso em: 10 dez. 2025.

ENGELS, Friederich. **A origem da família, da propriedade privada e do Estado**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2000 (15ª edição)

FEDERICI, Silvia. **O ponto zero da revolução: trabalho doméstico, reprodução e luta feminista**. São Paulo: Elefante, 2019.

FONSECA, Claudia. **Família, fofoca e honra: etnografia de relações de gênero e violência em grupos populares**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2000.

GONÇALVES, Lucia H. T. et al. Perfil da família cuidadora de idoso doente/fragilizado do contexto sociocultural de Florianópolis, SC . **Texto & contexto - Enferm**. Florianópolis, v.15, n.4, out./dez. 2006.

HENNINGTON, Élide Azevedo. O trabalho de cuidados na agenda da saúde: invisibilidade, sobrecarga e desgaste de mulheres trabalhadoras. **Saúde em Debate [online]**. v. 49, n. spe2, e10430, 2025. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/2358-28982025E210430P>>.

KERGOAT, Danièle. Divisão sexual do trabalho e relações sociais de sexo. In: HIRATA, H. et al. (org.). **Dicionário crítico do feminismo**. São Paulo: UNESP, 2003. p. 55-56.

KOENIG, Harold G; NELSON, Bruce; SHAW, Sally F; et al. Religious Involvement and Adaptation in Female Family Caregivers. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 64, n. 3, p. 578–583, 2016. Disponível em: <<https://agsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jgs.13929>>. Acesso em: 10 dez. 2025.

LUGONES, Maria. Colonialidade de gênero. In: HOLLANDA, H. B. (org.). **Pensamento feminista: conceitos fundamentais**. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo, 2019.

MCGEE, Jocelyn S. et al. Gratitude Predicts Meaning in Life in Family Caregivers of Persons with Alzheimer’s Disease. **Geriatrics**, v. 9, n. 3, p. 72–72, 2024. Disponível em: <<https://www.mdpi.com/2308-3417/9/3/72?>>. Acesso em: 10 dez. 2025.

NARVAZ, Martha G; KOLLER, Sílvia H. A família patriarcal e o papel social da mulher: reflexões psicológicas. **Psicologia & Sociedade**, v. 18, n. 1, p. 50-57, 2006.



PEGORARO, Renata F; CALDANA, Regina H. L. Mulheres, loucura e cuidado: a condição da mulher na provisão e demanda por cuidados em saúde mental. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 82-94, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/CZb7QsbPxZNMx8mwigKBQ5pf/?lang=pt>. Acesso em: 11 dez. 2025.

SAFFIOTI, Heleieth I. B. **Gênero, patriarcado, violência**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2015.

WALBY, Silvia. *Theorizing Patriarchy*. Oxford: Basil Blackwell, 1990.

